Dr Gustave FLOURET

DU CANCER AIGU A MARCHE INFECTIEUSE

IMP. P. LEGENDRE & Cie, LYON

Thèse du Dr Flouret,

à Vinsobres.

(Drôme) —

— soutenue le 25 Juillet 1902,
devant la Faculté de Lyon. —

DU CANCER AIGU
A MARCHE INFECTIEUSE

PAR

Le Docteur Gustave FLOURET



LYON
IMPRIMERIE Paul LEGENDRE & Cie
Ancienne Maison A. WALTENER
14, rue Belle-Cordière, 14

—

1902

AVANT-PROPOS

La pathogénie du cancer, très controversée, est une des plus intéressantes questions d'actualité. Notre modeste travail ne donnera certainement pas la solution du problème, mais apportera un argument d'ordre purement clinique à l'appui des théories infectieuses du cancer. C'est M. le Dr Thévenot, chef de clinique chirurgicale, qui nous a proposé ce sujet d'étude, en nous donnant de précieuses indications. Nous le prions d'agréer ici le tribut d'une sincère reconnaissance.

M. le professeur Poncet a bien voulu nous permettre de nous documenter dans les importantes collections de sa clinique, nous le remercions très respectueusement de cette faveur.

M. le professeur Jaboulay nous a fait un très grand honneur en acceptant de présider à la soutenance de notre thèse, qu'il nous soit permis de lui présenter ici l'expression respectueuse de notre profonde gratitude.

MM. les professeurs-agrégés Bérard et Courmont M. le Dr Delore, assistant de M. le professeur Poncet, M. le médecin-major Ruotte, répétiteur à l'Ecole du

service de santé, ont bien voulu nous communiquer des observations ou nous donner des indications, ce dont nous les remercions bien sincèrement.

Parvenu au terme de nos études, nous sommes heureux de pouvoir présenter à tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux, l'expression très respectueuse de notre sincère reconnaissance.

Nous remercions profondément MM. les chefs de clinique Thévenot, Gallois, Piéry et Voron, pour la complaisance avec laquelle ils ont bien voulu diriger nos efforts personnels au lit du malade.

Les deux années de service militaire qui sont venues retarder la fin de nos études, et que nous avons accomplies dans le grade de médecin-auxiliaire, nous auront été profitables au point de vue profesionnel. Nous aurons surtout tiré un réel profit de l'année que nous avons passée à Villemanzy comme médecin de garde, et nous ne saurions trop remercier MM. les médecins de cet important hôpital militaire d'avoir fait une large part à notre initiative et à notre responsabilité personnelles.

Nous sommes heureux d'exprimer aujourd'hui notre sincère reconnaissance à tous ceux qui, durant le cours de nos longues études, ont bien voulu s'intéresser à nous.

Et notre plus affectueux sentiment de gratitude se porte vers les excellents parents qui se sont volontairement imposé les plus lourds sacrifices pour nous permettre d'atteindre le but désiré. C'est à notre père et à notre mère que nous dédions cette thèse, faible témoignage d'une inexprimable reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Du cancer en général. — Pathogénie.

Définition. — Les cancers sont des tumeurs qui se caractérisent, au point de vue clinique, par leur malignité, par la rapidité relative de leur développement, par la fréquence de leur récidive et de leur généralisation, par leur retentissement sur l'organisme qui aboutit à la cachexie.

Au point de vue anatomo-pathologique, les cancers sont des tumeurs malignes, à cellules toujours embryonnaires, résultant d'un processus formatif anormal, avec tendance à l'extension et à la généralisation, n'aboutissant jamais à la régression spontanée.

Variétés. — Selon M. le professeur Bard : toutes les tumeurs malignes, quelle que soit leur structure, quelle que soit leur origine, méritent au même titre le nom de cancer que quelques auteurs voudraient

réserver aux seules tumeurs épithéliales malignes.

Nous considérerons donc comme cancers toutes les tumeurs malignes provenant de l'un quelconque des trois feuillets du blastoderme, et nous distinguerons :

1° Les épithéliomes qui dérivent soit de l'ectoderme, soit de l'entoderme.

2° Les sarcomes qui proviennent du mésoderme.

1° Les épithéliomes ont pour point de départ les revêtements muqueux, cutané et intra-glandulaire. Les carcinomes sont aussi des tumeurs épithéliales, mais se développant avec participation du tissu conjonctif. Nous ne les séparons pas des épithéliomes purs.

2° Les sarcomes sont des tumeurs formées par du tissu conjonctif embryonnaire pur ou ayant déjà subi une des premières modifications qu'il doit présenter pour devenir tissu adulte. Ce sont des tumeurs variables suivant le tissu qui les supporte, d'où la distinction en : fibro-sarcomes, myxo-sarcomes, chondro-sarcomes, ostéo-sarcomes, angio-sarcomes, lympho-sarcomes..., etc.

Au point de vue clinique, l'on admet en général que ce sont les sarcomes qui présentent le plus haut degré de malignité, les épithéliomes n'aboutissent que plus lentement à la cachexie fatale. Mais l'observation clinique elle-même permet d'affirmer que cette règle souffre de très fréquentes exceptions. L'on a maintes fois diagnostiqué histologiquement des sarcomes qui avaient cliniquement évolué comme des tumeurs épithéliales. L'on a pu voir,

par contre, des épithéliomes revêtir une exceptionnelle malignité.

Il semble que l'on puisse maintenant, en se plaçant uniquement au point de vue clinique et en ne tenant aucun compte de leur structure histologique, diviser les tumeurs malignes en :

a) Cancers aigus,
b) Cancers latents :

Cette distinction clinique a déjà été faite pour les cancers du corps thyroïde, dans la thèse remarquable de Bertrand (1), inspirée par M. le professeur Poncet.

Nous nous bornerons nous-même à envisager les seuls cancers aigus, quel que soit du reste l'organe ou les tissus qui les supportent. Nous considérons surtout ceux d'entre eux qui révètent une allure infectieuse au point de fausser parfois le diagnostic, ainsi que l'attestent les observations que nous avons recueillies.

Pathogénie. — L'accord est loin d'être établi sur la pathogénie du cancer, et les théories sont nombreuses pour élucider cette importante question. M. le professeur Bard les divise en deux groupes :

A). Les unes attribuent au cancer une origine intérieure sans refuser aux causes extérieures une influence favorisante, ce sont les théories cellulaires.

(1) BERTRAND. — Thèse de Lyon, 1894.

B). Les autres attribuent au cancer une origine extérieure à l'organisme. On en trouve une première ébauche dans les théories anciennes de l'hétéromorphie, mais, avec les données de l'expérimentation moderne, elles ont pris une allure plus précise et elles cherchent la cause du cancer dans des pénétrations parasitaires.

A). *Théories cellulaires.* — Nous ne ferons que mentionner sans les commenter les principales théories cellulaires, pour nous arrêter plus spécialement sur les théories parasitaires.

a). *La théorie de Conheim* est la plus célèbre des théories cellulaires. D'après cet auteur, toutes les tumeurs tirent leur origine de cellules de l'embryon restées inutilisées pour la formation des tissus, et reprenant par la suite, sous des influences accidentelles, leur activité restée endormie.

b). *La théorie de l'inclusion fœtale*, supposant une grossesse gémellaire dont l'un des produits se développe dans l'autre, *fœtus in fœtu*, n'a été admise que pour expliquer certains tératomes.

c). — La *théorie de l'induction vitale,* la plus récente des théories cellulaires, est due à M. le Professeur Bard, de Lyon. D'après cet auteur, les tumeurs seraient le produit d'un processus tout spécial qui constitue une sorte de monstruosité de développement cellulaire, processus pouvant porter sur toutes les cellules naissantes, à tous les âges de la vie.

M. Bard admet une influence exercée par l'ensemble de l'organisme sur chacune des cellules qui le constituent et à laquelle il donne le nom d'*induction vitale*.

B). — *Théories parasitaires*. — A toute époque on a cherché à donner aux tumeurs malignes une origine extérieure, mais la détermination des éléments parasitaires a varié avec les conceptions régnantes en pathologie générale.

a). — *Théories microbiennes*. — La constatation de microbes dans un certain nombre de tumeurs a conduit quelques auteurs à admettre leur origine microbienne. Mais, jusqu'ici, aucun des microbes incriminés n'a pu résister à la critique et tous ont fini par être rattachés à des infections secondaires.

Il en a été de même pour les *levûres* et les *saccharomycètes* découverts par d'autres auteurs.

Mais, pour n'être pas encore établie, la théorie microbienne du cancer n'est pas définitivement vaincue. Nombre d'auteurs ne cachent pas leurs préférences pour elle, tout en avouant ne pas connaître encore le microbe causal.

b).— *Théories coccidiennes*.— Dans ces dernières années, on a cherché le parasite du cancer dans la classe des protozoaires qui comprend, en effet, des organismes vivant en parasites.

Les coccidies, dont quelques espèces sont bien connues dans la pathologie des animaux, ont été retrouvées par des auteurs et la pathogénie cocci-

dienne a joui d'une certaine vogue, mais elle a été vivement combattue par les anatomo-pathologistes. Les figures invoquées ne seraient,au dire de ceux-ci, que des formations endogènes accompagnées de la dégénérescence des cellules ou des noyaux, qui présentent des ressemblances plus ou moins lointaines, de vagues analogies de formes avec des êtres unicellulaires indépendants.

*
* *

La pathogénie du cancer n'est donc pas encore fixée. Les théories parasitaires semblent être cependant le plus en faveur, mais elles ne pourront s'imposer à tous que le jour où les agents pathogènes auront été isolés et identifiés.

Il nous a semblé, toutefois, que la clinique, ne préjugeant en rien sur la nature de l'agent causal, pouvait apporter un argument important en faveur de la doctrine parasitaire, en ce qui concerne certains cancers aigus tout au moins.

Nul n'ignore maintenant qu'un certain nombre de tumeurs, longtemps classées parmi les cancers, ont été finalement reconnues pour des affections parasitaires. Il n'est donc pas impossible qu'avec les progrès incessants de la médecine expérimentale et de la parasitologie l'on ne diminue encore le groupe nosologique des cancers au profit de la classe infectieuse.

L'observation clinique précède et provoque les recherches microbiologiques, et il ressort de notre

étude qu'un certain nombre de tumeurs, histologiquement cancéreuses, ont présenté une évolution analogue à celle de maladies nettement infectieuses. Nous avons réuni douze observations relatives à des tumeurs de ce type que nous appelons : « *cancer aigu à marche infectieuse.* »

CHAPITRE II

Observations

Cancer aigu à marche infectieuse.

La forme infectieuse du cancer aigu n'est pas si rare, à coup sûr, qu'on pourrait le penser, mais elle se dissimule souvent sous des allures de maladie infectieuse. Dans presque tous les cas que nous rapportons, le diagnostic de cancer n'a pu être porté qu'au cours de l'intervention chirurgicale dirigée contre une lésion supposée inflammatoire.

Les douze observations que nous présentons suffiront, sans doute, pour appeler l'attention sur une forme toujours possible du cancer aigu, et pour nous permettre aussi d'en montrer les similitudes cliniques avec certaines affections nettement infectieuses.

OBSERVATION I

Néoplasme parotidien en ayant imposé pour de la tuberculose. — Récidive dans la plaie opératoire

Joséphine P..., des Ollières, 46 ans.

Entrée le 29 janvier 1902, dans le service de M. le professeur Poncet, salle Sainte-Anne, lit n° 13. — Sortie le 1er mai.

Antécédents héréditaires. — Pére mort phtisique, mère vivante et bien portante. Onze frères ou sœurs dont huit sont morts jeunes d'affection indéterminée. Un frère survivant tousse toujours, et une sœur est actuellement atteinte de pleurésie. Pas de cancéreux dans la famille.

Antcédents personnels. — Rien à noter à part une brûlure étendue qui date de la première enfance et qui a intéressé la moitié droite du corps et de la face. Première règles à 14 ans, la ménopause n'est pas encore survenue. Aucune localisation tuberculeuse.

L'affection actuelle a débuté il y a deux mois seulement. A ce moment la malade aurait été prise de frissons avec claquement de dents et refroidissement général du corps. Cet état se serait prolongé, avec intermittences, pendant une huitaine de jours et serait accompagné de douleurs névralgiques. Celles-ci auraient peu à peu augmenter d'intensité au point d'empêcher le sommeil. Puis, toujours au dire de la malade, les frissons auraient cessé les douleurs subsistant encore. C'est alors que la malade constata une éruption de petits boutons sur la muqueuse de la joue droite. Ces boutons, très nombreux et de la grosseur d'une tête d'épingle, étaient de coloration blanchâtre. Cette éruption persista quatre jours

avec tuméfaction de la joue. Puis les boutons disparurent la tuméfaction diminua, seule la douleur persista.

Une huitaine de jours après ces accidents, c'est-à-dire il y a environ un mois et demi, la malade ressentit des picotements dans la région parotidienne droite. Elle s'aperçut en même temps que sa joue se tuméfiait de nouveau, qu'une petite tumeur se développait dans la région sous-auriculaire, et que les céphalalgies s'exacerbaient. La tumeur augmenta peu à peu et, il y a huit jours, cette augmentation de volume parut s'accélérer et les troubles fonctionnels se précisèrent. En effet, depuis un mois, la malade avait du trismus, des vertiges, des éblouissements, la parole était gênée. Depuis le début de son affection la malade dit avoir beaucoup maigri.

A l'entrée. — Les douleurs sont intenses, au point d'empêcher la malade d'appuyer sa tête et de dormir. Constantes, avec paroxysmes fréquents, elle sont particulièrement pénibles dans l'oreille droite et s'irradient vers la tempe et la joue. La moitié gauche de la tête est un peu douloureuse, mais bien moins que la moitié droite. Le trismus empêche l'exploration de la bouehe et la mastication ; depuis près d'un mois la malade ne prend que des aliments liquides ou semi-liquides. Pas de trouble auditif net : ni surdité, ni hyperacousie. Un peu de gêne de la vüe.

Objectivement l'on constate, dans la région parotidienne droite, une tumeur de la grosseur d'une orange, arrondie, fortement saillante sur le côté droit de la face qu'elle déforme. Mal circonscrite à sa base où elle se confond avec l'œdème de la joue, cette tumeur est de consistance ligneuse en certains points, rénitente en d'autres. Elle ne présente ni battement, ni souffle. La palpation permet de constater que la tumeur atteint en haut l'apophyse orbitaire externe du frontal, en bas le bord inférieur de la mandibule, en arrière le pavillon de l'oreille. Elle soulève le lobule auriculaire qui fait en quelque sorte corps avec la tumeur. La peau est adhérente à la tumeur, on ne peut ni la mobiliser ni la plisser ; elle est ecchymotique, rose violacé. Elle présente

un œdème mou, gardant mal l'empreinte du doigt. Pas d'adénopathie.

En outre de la tumeur, ce qui frappe c'est l'asymétrie de la face. La bouche est tirée en haut, du côté gauche. Les rides sont exagérées à gauche et ont disparu à droite. La malade ne peut prononcer les labiales. La parole est, d'autre part, gênée par le trismus. L'occlusion de l'œil droit est absolument imparfaite, mais pas de kératite. Ces signes de paralysie faciale périphérique se sont affirmés depuis une huitaine de jours seulement.

Pas de fièvre. Pas d'albumine dans les urines.

Opération par M. Delore, le 1er février : 1° ligature préventive de la carotide externe ; 2° ablation de la branche montante droite du maxillaire inférieur ; 3° ablation complète de la parotide.

L'anesthésie a été faite au chloroforme. La perte de sang a été insignifiante. Pansement à plat.

Le 19 avril, ablation de quelques bourgeons, qui, histologiquement examinés par M. Dor, sont reconnus nettement cancéreux.

Les douleurs ont complètement disparu. La plaie opératoire est en cicatrisation incomplète et présente de nombreux bourgeons néoplasiques.

Le 1er mai, la malade quitte l'hôpital en pleine récidive néoplasique et avec un mauvais état général.

OBSERVATION II

EPITHÉLIOMA DE LA PAROTIDE SIMULANT UNE PAROTIDITE.

Jean R..., 34 ans, journalier, de Viviers, entré le 12 juin 1895, dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Philippe, lit n° 19.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère atteinte d'une affection utérine indéterminée. Trois frères ou sœurs morts en bas âge.

Personnellement, cet homme est robuste, pas de maladie antérieure à celle qui l'amène à l'hôpital. Marié deux fois : sa première femme est morte de fièvre typhoïde, sa deuxième est bien portante. Deux enfants morts d'affection indéterminée.

Il y a six mois, le malade constata au-dessous du lobule de l'oreille, dans la région parotidienne gauche, une tumeur indolore. Celle-ci avait les dimensions d'une amande, glissait sous la peau. Peu à peu, en prenant du volume, cette tumeur devenait plus dure et s'immobilisait. A cette période, pas de douleur notable ni de phénomène subjectif.

Il y a deux mois, le gonflement égalait le volume des deux poings réunis. C'est alors que survinrent les douleurs, d'abord sourdes, puis plus intenses, empêchant le sommeil.

Une certaine gêne vint limiter les mouvements de mastication. Diminution de l'acuité auditive. Sécrétion salivaire moins abondante.

Un médecin consulté pratiqua trois incisions à divers niveaux et établit un drainage par lequel s'échappa un pus fétide. Un certain degré de régression fut la conséquence de cette intervention. Mais bientôt les incisions s'agrandirent et les bords s'ulcérèrent. Le pus devint de plus en plus fétide. Les douleurs, quelque temps diminuées, reprirent bientôt avec une intensité plus considérable.

Il y a trois semaines, la joue commença à devenir le siège d'un œdème d'abord léger, puis de plus en plus marqué, envahissant même la paupière inférieure.

A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, le malade nous apparaît porteur d'une tumeur égalant le volume d'une tête de fœtus à terme, et occupant la loge parotidienne. Elle dejette fortement le pavillon de l'oreille en dehors et en haut. Elle a la forme d'un cône tronqué, appliqué par sa base sur la face latérale du cou et présentant à son sommet une ulcération

cratériforme à bords déchiquetés. Par cette ulcération s'écoule un ichor fétide assez abondant. La peau adhère en tous points à la tumeur, elle est de couleur lie de vin, un peu chaude. La tumeur est bosselée, elle englobe les vaisseaux qui ne se révèlent par aucun bruit ni aucun souffle. La palpation profonde est douloureuse.

Tout autour de la tumeur se trouve un œdème considérable qui envahit la joue et dissimule l'œil.

Les douleurs spontanées sont très vives et empêchent absolument le sommeil. Quelques bourdonnements d'oreille. Pas de vertige. Surditée très marquée. L'acuité visuelle reste normale, l'œil est gêné par l'œdème.

Les mouvements de la tête sont limités par une sensation subjective due à l'œdème des téguments. Le trismus empêche la mastication. Il y a de la sialorrhée.

L'on trouve de nombreux ganglions, petits et indurés, dans le creux sus-claviculaire, dans la gaîne du sterno-cléido-mastoïdien, et même dans l'aisselle, du côté correspondant à la tumeur.

La cachexie se prononce. La nutrition est de plus en plus insuffisante. L'amaigrissement fait des progrès notables.

Le trop mauvais état général fait écarter l'idée de toute intervention chirurgicale. L'on se borne à faire des pansements de propreté et à prescrire des calmants contre les atroces douleurs.

OBSERVATION III

CANCER DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

V..., de Givors, âgé de 65 ans.

Cet homme était porteur, depuis avril 1901, d'une tumeur dans la région sous-maxillaire gauche. Cette tumeur s'était

très rapidement développée. Restée mobile pendant quelques semaines, elle avait bientôt contracté d'intimes adhérences avec le maxillaire inférieur.

Le 25 juin 1901, M. le professeur Poncet fit l'extirpation large de la glande sous-maxillaire. Néanmoins, la récidive survint très rapidement, et MM. Poncet et Delore durent pratiquer une deuxième intervention le 10 juillet. Il fallut réséquer largement l'angle du maxillaire inférieur à cause des adhérences et afin de poursuivre les ganglions parotidiens profonds.

Une troisième intervention devenait indispensable le 31 juillet (toujours dans la même année). MM. Poncet et Delore firent, cette fois, la résection hémilatérale du maxillaire inférieur et la résection de toute la moitié gauche du plancher buccal.

Malgré ces larges interventions, le malade revenait, le 18 septembre, avec une récidive inopérable.

La mort est survenue en octobre dans une profonde cachexie.

OBSERVATION IV

M. Rollet, *in Gaz. Méd. des Hôpitaux*, 1888.
Orcel, thèse de Lyon, 1889.

CANCER AIGU DU CORPS THYROÏDE

C..., 35 ans, cultivateur, à Charency (Loire), entre le 13 février 1888, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Poncet, venant du service de M. Lépine.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle, pas d'alcoolisme ni de syphilis. Marié; deux enfants bien portants. Depuis son enfance, on avait remarqué chez lui un léger goître siégeant sur le milieu

du cou et ne gênant nullement la respiration. Il n'y a pas de goitreux dans sa famille, ni dans le pays qu'il habite.

Vers l'âge de seize ans, à plusieurs reprises, il eut quelques accès d'oppression légère. Il avait souvent alors de la peine à courir, et la respiration lui manquait facilement dans une marche un peu rapide.

Il y a trois semaines environ, il prit froid, dit-il, sans avoir ressenti de frisson ni de point de côté, il se mit à tousser beaucoup. Expectoration peu abondante. Légère oppression et quelque gêne au larynx.

Il y a une quinzaine de jours, son goître augmenta de volume et l'oppression devint plus intense. C'est seulement depuis huit jours qu'il fut pris d'accès de suffocation longs et pénibles. Le goître prenant un rapide accroissement, et les nuits étant passées sans sommeil par le fait de l'oppression de plus en plus vive, il se présenta à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 8 février.

Admis dans le service du professeur Lépine, il présente à son entrée : une opression très marquée, un facies vultueux et cyanosé. Les veines jugulaires sont dilatées et très apparentes sous la peau. La respiration est difficile et s'accompagne de tirage. La toux est très fréquente, accompagnée d'expectoration muqueuse peu abondante. La voix est étouffée et rauque. Le cou est volumineux. Au palper : l'on sent une masse volumineuse peu mobile, paraissant se prolonger en arrière de la fourchette sternale. A la partie moyenne, au niveau et en avant de la trachée, on sent une masse plus dure, du volume d'un œuf, sur laquelle la pression révèle quelques douleurs. La peau est chaude. L'état général laisse à désirer, cependant l'appétit est assez conservé et la digestion assez facile. Température rectale 39°. A l'examen du thorax, la percussion révèle une sonorité normale, l'auscultation ne permet pas de bien percevoir le murmure vésiculaire masqué par un bruit trachéal intense. Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines. A l'examen laryngosco-

pique, les cordes vocales paraissent intactes, mais la trachée est aplatie dans son diamètre antéro-postérieur.

On décide l'application de vingt sangsues, mais l'oppression n'en persiste pas moins le lendemain. On prescrit alors cinq grammes d'iodure de potassium. Le 13 février, la dyspnée étant de plus en plus vive, le tirage étant plus considérable, le malade est amené dans le service de chirurgie de M. le professeur Poncet.

A ce moment, les accidents d'asphyxie étaient d'une gravité extrême. La tumeur médiane était restée isolée des deux lobes latéraux et facilement mobilisable sur eux. M. Poncet se décide alors à enlever le lobe médian, se réservant de pratiquer la trachéotomie si, après cette ablation, la dyspnée persistait.

Opération. — Pas d'anesthésie. M. Poncet fait une longue incision sur la ligne médiane et, par cette ouverture, contourne la tumeur et l'isole. Mais, à ce moment, le patient est en asphyxie complète ; la tête se renverse, la face devient livide et le pouls cesse d'être perceptible. L'opérateur transforme aussitôt l'incision verticale en incision cruciforme s'étendant de chaque côté jusqu'aux veines jugulaires externes. La tumeur est alors soulevée avec le doigt, mais elle cède à la pression et donne issue à une matière abondante, molle et diffluente. Cette poche ouverte est vidée rapidement et, à travers sa paroi postérieure rigide, dissimulant la trachée, l'on pratique la crico-trachéotomie.

Une canule est placée et le malade, sans mouvement, couvert de sueurs froides, est rappelé à la vie par la respiration artificielle et l'électrisation. On panse la plaie opératoire avec de la gaze iodoformée et le malade est ramené dans son lit.

Le lendemain de l'opération, le malade respire facilement, l'état général est relativement satisfaisant. Le surlendemain, on enlève la canule trachéale. Les jours suivants, l'état général va s'améliorant, et le malade semble revenir peu à

peu à la santé. Mais le 22 février, il tousse un peu, et l'auscultation révèle quelques râles muqueux disséminés.

Le 25, la dyspnée réapparaît. Menaces de suffocation. En l'absence de M. Poncet, M. Mollière qui voit le malade, lui place dans la trachée une longue canule de 10 centimètres environ, une canule ordinaire entrant à peine dans la trachée à cause de l'épaisseur des masses qui sont situées en avant et surtout de chaque côté. Un certain soulagement se produit, la respiration se fait mieux. Mais, dans la nuit, des accès de suffocation se renouvellent et le malade succombe asphyxié.

Nécropsie, le 27 février. — Au cou, la tumeur a pour point de départ supérieur le cartilage thyroïde, et descend en bas et en arrière du sternum jusqu'au niveau de la crosse de l'aorte. Là elle est située entre la carotide primitive gauche et le tronc brachio-céphalique sur lequel elle chevauche. De chaque côté, la tumeur recouvre la carotide primitive, la jugulaire interne. La masse néoplasique répand une odeur nauséabonde. Pus jaunâtre. Elle a, dans sa partie antérieure, une épaisseur de 4 centimètres environ. De chaque côté cette tumeur est d'une couleur blanchâtre ressemblant à de la laitance de poisson. Dans certaines parties existent des points jaunâtres, ramollis par ilots. Par contre, dans d'autres parties moins altérées, l'on voit des vésicules à contenu jaunâtre ou rougeâtre. A droite la masse dégénérée remonte jusqu'à l'os hyoïde. Rien à la partie postérieure de la trachée. On incise celle-ci, et l'on constate, sur la muqueuse, un piqueté rougeâtre, ainsi qu'une ulcération jaunâtre de la largeur d'une pièce de 50 centimes. L'on trouve des points jaunâtres de la grosseur d'une tête d'épingle sur cette même muqueuse au-dessous de la corde vocale inférieure gauche. La muqueuse du larynx présente un aspect rougeâtre. L'on trouve quelques ganglions carotidiens dégénérés.

A l'ouverture de la cage thoracique on constate un peu

d'épanchement séreux dans la plèvre droite. Adhérences nombreuses et fausses-membranes.

Dans tout le poumon droit, de la base au sommet et sur toute la périphérie, une soixantaine de petits noyaux de la grosseur d'une lentille environ. Ces petits noyaux sont blanchâtres, quelques-uns entourés d'une auréole rougeâtre. Congestion pulmonaire à la partie postérieure, emphysème à la partie antéro-supérieure. A la partie antérieure et moyenne de ce même poumon l'on trouve une sorte de kyste de la grosseur d'une noix ; la poche est dure et résistante, son contenu est jaunâtre. Le poumon gauche présente de la congestion en arrière. A la coupe il est rouge-foncé. Pas de fausses-membranes dans la plèvre gauche, mais encore une vingtaine de noyaux métastatiques.

Le cœur présente de l'insuffisance tricuspidienne,

Le foie est volumineux. Il présente deux petits noyaux secondaires à sa superficie.

Les reins et la rate ne présentent aucune trace de généralisation. Trois petites rates supplémentaires sont appendues à des branches de bifurcation de l'artère splénique.

Examen histologique. — L'examen histologique, pratiqué au laboratoire d'anatomie-pathologique de la Faculté, a montré qu'on était en présence d'une tumeur conjonctive essentiellement maligne.

OBSERVATION V

MASTITE CARCINOMATEUSE DES DEUX SEINS ET DERMITE CARCINOMATEUSE AU NIVEAU DU SEIN GAUCHE.

Marie O..., de La Voulte, âgée de 55 ans, entrée le 25 février 1902 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Anne, lit 25.

Pas d'antécédents héréditaires : père et mère morts dans un âge avancé, d'affection indéterminée.

Personnellement, la malade a toujours joui d'une bonne santé. Premières règles à 11 ans, ménopause à 49 ans. Mariée, pas d'enfant.

Il y a 6 ans, au moment de la ménopause, la malade vit survenir, au niveau du cou, une petite grosseur un peu douloureuse qui se résorba bientôt après révulsion.

Il y a deux ans, la malade eût un abcès dans la région sus-hyoïdienne qui dura plus d'un mois et qui parvint à se faire jour à la peau. Cet abcès était chaud et douloureux.

Il y a un an, la malade s'aperçut que son sein gauche devenait dur et douloureux. La douleur survenait surtout lorsque la malade essayait de le presser entre les doigts. A ce moment, la peau était libre d'adhérences et n'était pas envahie par la néoplasie. L'envahissement du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau ne date que de six mois, au dire de la malade.

Il y a un mois la malade s'aperçut qu'une grosseur survenait dans le creux sus-claviculaire gauche. A peu près à la même époque elle s'aperçut que le sein droit commençait à être envahi.

A l'entrée on constate un envahissement diffus de toute la région mammaire gauche. Le mamelon est rétracté. La peau, rouge et luisante, offre l'aspect de la peau d'orange. Cette généralisation cutanée remonte jusqu'à la clavicule en haut, elle atteint latéralement la ligne axillaire et, en avant, la région sternale. Lorsqu'on prend en bloc la mamelle on sent une induration en masse qui est adhérente aux plans profonds. Dans le creux sus-claviculaire l'on trouve une masse glanglionnaire du volume d'un œuf qui est dure et immobile. Rien dans le creux de l'aisselle. Pas de trouble de compression dans le membre snpérieur gauche. Au niveau du sein droit on sent un noyau profond, encore mobile, et très douloureux. La peau n'est pas envahie dans la région

mammaire droite, pas d'adénopathie sous l'aisselle ni dans le creux sus-claviculaire droit.

L'état général est relativement bien conservé. Pas d'amaigrissement notable, pas de température.

Le 17 mars. — La malade, absolument inopérable quitte l'hôpital. Elle n'a pas tiré une réelle amélioration du traitement par les injections hypodermiques de quinine.

OBSERVATION VI

Chondro-sarcome du testicule droit. — généralisation. — adénite cervicale sarcomateuse.

Claude L., de Lyon, 37 ans, employé.

Entré le 11 février 1893 dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Philippe, lit n° 3. Mort le 11 mars.

Antécédents héréditaires : père mort d'apoplexie, mère morte d'affection thoracique aiguë.

Antécédents personnels : rien de particulier. Il tousse un peu pendant l'hiver. L'hiver dernier, il aurait eu quelques hémoptysies.

Il y a une huitaine de mois, la partie droite commença à augmenter de volume, cette augmentation a été surtout marquée au mois de janvier. Depuis un mois, il semble au malade que son testicule a cessé de grossir.

En janvier, il a eu une pleurésie droite qui a guéri sans ponction. Dès novembre 1892, cet homme a découvert dans sa région sus-claviculaire une tumeur du volume d'un pois qui roulait difficilement sous la peau. Cette tumeur a progressivement augmenté ; elle est stationnaire depuis une quinzaine de jours. Elle n'est pas douloureuse, elle donne une sensation de fluctuation. Elle atteint le volume d'une mandarine, mais allongée transversalement Elle est assez

mobile sur le plan sous-jacent. Elle est isolée, pas de pléïade ganglionnaire. Deux ponctions faites à un mois de distance n'ont ramené que du sang.

A l'auscultation pulmonaire, l'on trouve quelques râles sous-crépitants à gauche. La percussion révèle une diminution de la sonorité de ce côté.

Au scrotum, l'on constate une tumeur en gourde, bilobée, donnant de la fluctuation. Le testicule droit est plus volumineux que normalement et sa sensibilité spéciale est diminuée.

Intervention, le 19 février.

Incision de la tumeur sus-claviculaire. Elle donne issue à du tissu sarcomateux qui se désagrège facilement.

Une ponction à la vaginale donne issue à 180 grammes de liquide, assez fortement teinté. On procède à la castration. L'on se trouve en présence d'un sarcome du testicule droit, présentant des points dégénérés. La tumeur englobe toute la glande, et la rend méconnaissable.

L'examen histologique affirme un chondro-sarcome.

Le malade succombe, le 11 mars dans la cachexie.

Autopsie, 36 heures après. — Enormes masses ganglionnaires se propageant à travers tout l'abdomen et le médiastin jusqu'aux ganglions du cou. Toutes ces masses sont entourées d'une coque très mince ; elles se désagrègent facilement, laissant échapper leur contenu analogue à de la bouillie.

Les veines iliaques et la veine cave inférieure sont remplies de bourgeons cancéreux.

Le rein droit est complètement enveloppé de masses sarcomateuses se continuant avec celles de la fosse iliaque droite. Pyonéphrose.

Le rein gauche est simplement gros, blanc et lisse. Pus dans la vessie. Liquide hématique dans les deux cavités pleurales. Gros nodules cancéreux sur les deux poumons.

OBSERVATION VII

OSTÉO-SARCOME DE L'OMOPLATE DROITE EN AYANT IMPOSÉ POUR UNE OSTÉITE TUBERCULEUSE

Thérèse E..., 26 ans, ménagère à Moret (Jura), entrée, le 10 avril 1900, dans le service de M. le professeur Poncet, salle Ste-Anne, lit nº 5.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, cette jeune femme a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'affection actuelle. Pas de syphilis, ni de tuberculose dans son passé. Instauration menstruelle à 15 ans, mariée à 22 ans, une grossesse normale et un enfant bien portant.

Il y a environ cinq mois, elle ressentit, vers l'épaule droite, une légère douleur et, au bout de quelque temps apparut au même niveau une petite tuméfaction. Celle-ci, après s'être développée lentement, se mit presque subitement à augmenter de volume.

A l'arrivée de la malade à l'Hôtel-Dieu, l'on aperçoit une légère tuméfaction dans le voisinage de l'acromion. La palpation révèle une tumeur fluctuante, sous-musculaire, qui donne l'impression d'une tumeur liquide. La pression est un peu douloureuse.

Pas d'adénopathie.

Rien au cœur, ni aux poumons.

L'état général est satisfaisant.

On porte le diagnostic d'ostéite tuberculeuse.

Opération le 11 avril. — L'incision de la poche fluctuante donne issue à du sang pur : il s'agit d'un ostéo-sarcome de l'omoplate. L'on procède aussitôt à la résection totale de cet os, au bistouri, en dépassant largement les limites de la

tumeur. Quelques pinces sont laissées à demeure. Pansement à plat.

Le 3 mai. — La malade, depuis quelques jours, présentait de la température à oscillations. Elle accusait des douleurs s'irradiant le long de son bras droit. L'on sentait de l'empâtement le long de la gaine des muscles antérieurs du bras, puis est survenue la fluctuation. Une incision, pratiquée sur le milieu de la face antérieure du bras et à sa partie supérieure, donne issue à un demi-verre de pus.

Le 20 mai. — La plaie opératoire est presque complètement cicatrisée. L'incision de l'abcès antérieur donne encore un peu. L'état général est excellent. La malade quitte l'hôpital dans de bonnes conditions, munie d'un corset orthopédique à béquille soutenant l'épaule privée d'omoplate.

OBSERVATION VIII

OSTÉO-SARCOME DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS

Charles F..., âgé de 10 ans, entré, le 26 mai 1902, dans le service de M. le Professeur Jaboulay, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, lit N° 33 bis.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier ; pas de tuberculose, pas de néoplasie. Le père, la mère, un frère et une sœur, sont d'une bonne santé habituelle.

Personnellement ce petit garçon n'a jamais eu de maladie antérieure à celle qui l'amène à l'Hôtel-Dieu. L'affection actuelle remonte à quatre mois. En février dernier, une douleur se révéla à l'épaule droite sans cause apparente. Cette douleur, légère d'abord et fugace, augmenta peu à peu d'intensité et de durée. L'on pensa d'abord à une cause

rhumatismale et un traitement fut institué en conséquence, mais sans succès. Vers la fin mars le médecin constata de la tuméfaction à l'épaule, et dut vraisemblablement diagnostiquer une tumeur blanche puisqu'il prescrivit des badigeonnages à la teinture d'iode et qu'il pratiqua lui-même des pointes de feu. En dépit de ce traitement la tuméfaction ne cessa d'augmenter : le petit malade ne fut pas soulagé. Il eut des douleurs nocturnes et des insomnies. — Le 12 mai, le médecin, soupçonnant que la tuméfaction recèle du pus, pratique une ponction qui ne donne issue qu'à un peu de sang. Il semble que les douleurs aient ensuite subi une notable exacerbation et que la tumeur ait acquis un volume plus considérable.

A l'entrée du petit malade, l'on constate une énorme tuméfaction à l'épaule droite, reproduisant la classique déformation en gigot. La circonférence de l'aisselle droite mesurée verticalement donne 51 centimètres, alors que la mensuration symétrique de l'épaule gauche, ne donne que 29 centimètres. La tumeur paraît commencer en bas, au niveau de l'attache deltoïdienne, mais un bracelet d'infiltration la prolonge un peu vers le coude. En haut, elle va jusqu'à l'articulation scapulo-humérale. L'envahit-elle? Il est difficile de le dire. Les mouvements de l'articulation sont très limités, mais sont indolores. L'omoplate, en tous cas, est libre au-delà de la cavité glénoïde. La clavicule est envahie ou entourée de bourgeons néoplasiques dans son tiers externe. L'aisselle est comblée et la tumeur empiète largement en avant sur le thorax. La radiographie révèle une fracture spontanée de l'humérus au col chirurgical. Au palper : la consistance de la tumeur est rénitente et assez uniforme, cependant l'on trouve un point de ramollissement en avant. La température locale paraît supérieure à la température générale, au simple contact, le thermomètre accuse en effet, une hyperthermie locale de 0° 9 à 1°. Pas de battement ni de souffle dans la tumeur.

La peau qui tapisse la tumeur est rouge et révèle une

inflammation sous-jacente, elle présente une dilatation du réseau veineux superficiel.

Le paquet vasculo-nerveux est un peu comprimé.

Le pouls radial du côté droit est plus faible que celui du côté gauche. Les nerfs supportent bien la compression, car l'on ne relève ni parésie ni hypéresthésie.

Pas d'adénopathie sus-claviculaire.

L'auscultation des poumons ne donne rien, le petit malade ne tousse pas, ne crache pas, n'a pas de point de côté.

Le cœur paraît fonctionner normalement.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le petit malade perd l'appétit, il aurait déjà maigri, au dire de sa mère.

L'évolution excessivement rapide de cette tumeur maligne et, d'autre part, le défaut de résistance du jeune malade font écarter l'idée de toute intervention chirurgicale. Le professeur Jaboulay pense que la généralisation est déjà commencée, et que la désarticulation inter-scapulo-thoracique elle-même ne saurait enrayer l'évolution du néoplasme. Il prescrit le traitement par la quinine.

Le petit malade quitte l'hôpital le 1er juin.

15 juillet. — Nous avons appris tout récemment que ce petit garçon était aux dernièrss limites de la cachexie et présentait des signes de généralisation pulmonaire.

OBSERVATION IX

(M. Thévenot, chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, *in Gaz. des Hôpitaux*, 1901).

OSTÉO-SARCOME DU FÉMUR DROIT

Marie D..., 31 ans, religieuse. Entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, lit nº 15, dans le service de M. le professeur Poncet, le 14 janvier 1901.

Cette malade est affectée d'une tumeur énorme du membre inférieur droit, qui s'est développée très rapidement depuis cinq mois environ.

Dans ses antécédents héréditaires l'on ne trouve rien à signaler : parents bien portants, cinq frères et sœurs en bonne santé.

Personnellement, pas de maladie sérieuse jusqu'à il y a cinq ans. A cette époque elle eût une affection dont il est difficile après coup de déterminer la nature, étant dans un couvent, elle ne reçut aucun soin médical. Elle dit qu'elle eût un œdème généralisé et qu'elle urinait peu. Elle avait à ce moment des palpitations de cœur. Pendant quatre ans et demi, elle eut des alternatives de bon et de mauvais état, les améliorations coïncidant avec l'augmentation des urines.

Il y a cinq mois, étant au lit pour l'un des malaises auxquels elle est sujette, la malade vit son genou droit augmenter rapidement de volume. Elle ressentait en même temps des douleurs très violentes que seules des injections répétées de morphine, arrivaient à calmer. En même temps que le genou augmentait de volume, la jambe s'œdémaciait. La cuisse restait indemne. C'est devant cette lésion que M. Duchamp, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, pratiqua une ponction exploratrice au niveau de l'articulation du genou, ou un peu au-dessus d'elle. La cicatrice est encore visible, mais, par suite du changement de volume de la région, son niveau a été déplacé. Quoiqu'il en soit, on évacua 100 ou 150 grammes de sang, au dire de la malade. On fit ensuite des injections de quinine au niveau de la tumeur, peut-être même à son intérieur, et l'on administra encore la quinine par voie digestive. Dès lors, la tumeur ne cessa de s'accroître, elle remonta vers la racine de la cuisse: tout le membre inférieur devint énorme. En même temps, l'état général s'affaiblit beaucoup ; la malade perdit son appétit et ses forces, elle devint d'une maigreur extrême.

Aujourd'hui, elle nous arrive avec une lésion qui constitue presque une véritable monstruosité. A côté d'un membre

inférieur gauche, presque squelettique, l'on voit un membre inférieur droit éléphantiasique appendu à un corps de cachectique profondément émacié.

La cuisse surtout est très volumineuse et présente l'aspect d'un baril; à son niveau la peau est tendue, luisante, parsemée de vergatures qui témoignent de la distension énorme et rapide. Les réseaux veineux superficiels sont relativement peu visibles, mais sont sensibles au doigt qui perçoit de véritables gouttières creusées dans un tissu lardacé.

La jambe est également énorme, mais la peau est moins tendue, moins luisante qu'à la cuisse; elle ne présente ni réseaux veineux ni vergeture.

A la palpation, la cuisse est indurée, rénitente ; la peau ne glisse pas sur les plans profonds, on sent qu'elle fait corps avec une masse dure, sous-jacente. Toute exploration des plans profonds est illusoire. La jambe est beaucoup plus dépressible, le doigt forme facilement le godet, et la peau n'est pas adhérente aux plans profonds.

Tout mouvement spontané est absolument impossible. Le membre inférieur est en rotation externe. Il est possible à l'observateur de mobiliser la jambe sur la cuisse, dans une mesure réduite à cause de la tension extrême des plans superficiels, mais suffisamment toutefois pour faire admettre l'intégrité de l'articulation.

Du côté de la partie supérieure de la cuisse, la lésion s'arrête au pli de l'aine; il y a bien un léger œdème de la paroi abdominale, mais peu marqué, la grande lèvre du même côté n'est pas œdémaciée. Pas de ganglions inguinaux.

Les mensurations, symétriquement prises, donnent les résultats suivants :

1° Circonférence de la cuisse au niveau du genou :

Coté malade, 75 centimètres; côté sain, 30 centimètres.

2° Circonférence de la cuisse à la partie supérieure :

Coté malade, 73 centimètres; côté sain, 34 centimètres.

La température locale, prise au genou malade, est de 37°4; elle est de 35°2 au genou sain.

La sensibilité au tact, à la pression, est très obtuse du côté malade.

L'exploration du bassin est négative.

Rien à la colonne vertébrale.

Pas de signes pulmonaires, un peu d'oppression seulement.

L'état général laisse fort à désirer ; la malade mange peu, elle est exsangue, urine très peu.

Urines : pas d'albumine. On ne peut recueillir la quantité totale par 24 heures pour doser l'urée.

Température moyenne : 38°7 le soir, et 37°5 le matin.

Au 25 janvier. — Localement, la lésion s'accentue. Le genou se tuméfie, la circonférence atteint maintenant 78 centimètres. Du côté de la paroi abdominale, l'œdème augmente et devient dur. Du coté sain il y a un peu d'œdème de la jambe. Etat général très faible, subdélire. Mort le 4 février 1901.

Autopsie. — En raison de l'état social de la personne l'autopsie n'a pu être que très limitée. Une incision pratiquée sur la région malade a cependant permis de se rendre compte des lésions.

Il n'existait plus, à la place des muscles, qu'un tissu lardacé, peu épais, formant à la lésion une gaine totale. Macroscopiquement il est impossible de reconnaître une portion musculaire. Au-dessous de cette enveloppe se trouve une cavité cloisonnée d'où s'écoule une sérosité rougeâtre, les cloisons sont peu résistantes et cèdent sous le doigt. On se rend facilement compte alors que la diaphyse du fémur est envahie sur toute son étendue. En haut, les lésions s'arrêtent au niveau du col chirurgical. En bas, du côté du genou, il ne persiste que le cartilage et une coque osseuse un peu plus épaisse. L'articulation contient un peu de liquide roussâtre.

En somme : on avait affaire à un ostéo-sarcome central total, à une panostéite cancéreuse occupant tout le fémur droit.

Examen histologique. — L'examen microscopique pratiqué par MM. Dor et Thévenot a confirmé ce que l'observation clinique et l'examen microscopique des pièces permettaient de supposer.

La masse est formée de cellules rondes serrées les unes contre les autres. Le tissu osseux a complètement disparu et la tumeur se présente comme étant d'une malignité extrême : sarcome globo-cellulaire.

OBSERVATION X

(Observation due à l'obligeance de M. le médecin-major de 1re classe Ruotte, répétiteur à l'Ecole de service de santé.)

Sarcome des parties molles de la cuisse droite

Jacques L..., jeune soldat du 121e de ligne, entrée à l'hôpital Desgenettes, le 26 novembre 1900.

Ne présentant rien d'anormal lors du conseil de révision, en mai 1900, cet homme remarqua en juin, après avoir fauché les foins, une tuméfaction à la partie interne de la cuisse droite.

A son arrivée à l'hôpital cette tumeur, toujours indolente, présente le volume d'un œuf d'oie. Elle est indépendante de la peau et des muscles, et peut-être localisée dans l'aponévrose. Pas d'adénopathie. Le malade refuse toute intervention préférant être réformé.

Deux semaines après, la tumeur a atteint le volume d'une tête de fœtus à terme. Lacis veineux cutané. Les douleurs font leur apparition. Le malade, réformé en décembre, ne peut rentrer dans sa famille.

A partir de janvier, la tumeur devient énorme et gagne le pli de l'aîne, de proche en proche, en donnant à toute la cuisse un volume considérable. Œdème à la jambe. La peau qui revêt la tuméfaction est rouge, chaude et tendue, elle a

une apparence inflammatoire. Elle s'ulcère et laisse passer des bourgeons qui saignent continuellement.

Le 10 janvier point de côté violent: l'auscultation ne décèle que quelques râles fins. Quelques ventouses calment la douleur, atténuent la dyspnée.

La plaie ulcérée s'étend et saigne toujours. L'état général s'aggrave de jour en jour, la cachexie arrive et le malade succombe le 8 février.

Le traitement par la quinine, institué dès le début n'avait été supprimé qu'aux derniers temps, le malade ne pouvant plus le suivre.

Autopsie. — L'abdomen ne présentait rien d'anormal dans ses parois ni dans son contenu. Les vaisseaux, les ganglions iliaques et pré-vertébraux, l'épiploon ne présentaient pas de nodule carcinomateux secondaires.

Le thorax, au contraire, était rempli de colonies néoplasiques : sur la plèvre, dans les poumons. Les poumons étaient splénisés en arrière des nodules cancéreux. La péricarde avaient été envahi par la masse sarcomateuse de la plèvre gauche.

Examen histologique. — Il s'agissait d'un sarcome à petites cellules arrondies, autrement dit: sarcome globo-cellulaire.

— *La feuille de température* met en évidence une fièvre constante oscillant entre 39° et 40° et ne descendant que par deux fois au-dessous de 39°. L'hyperthermie est notée bien avant l'ulcération de la tumeur.

OBSERVATION XI

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Bérard.)

Cancer primitif du foie ayant évolué en six semaines.

Jean-Marie Q..., 47 ans, manœuvre, entré le 20 juillet 1902, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, cet homme a joui d'une bonne santé jusqu'en 1878, époque à laquelle il fut incorporé dans l'infanterie de marine et dut séjourner à la Guyane française. Il prit des accès de paludisme. Revenu en France en 1880, il recouvra la santé et ne cessa de bien se porter jusqu'en mai 1901. A ce moment, il commença par avoir des troubles digestifs, puis survinrent des douleurs très vives localisées au creux épigastrique, des vomissements fréquents. Ces vomissements survenaient d'ordinaire deux heures après les repas. Depuis le début de sa maladie, cet homme ne cessa d'avoir du dégout pour la viande. Il fit un court séjour à l'hôpital de Roanne, mais n'ayant pas acquis une assez rapide amélioration, il vient solliciter son admission à l'Hôtel-Dieu de Lyon

A l'entrée : l'état général paraît déjà fortement altéré. Le malade présente une teinte cachectique assez prononcée, il dit avoir maigri depuis le début de sa maladie ; il n'a pas d'œdème malléolaire. Il présente de la fièvre ; sa température vespérale atteint 39°. Il accuse une intolérance gastrique absolue et du dégoût pour la viande. Pas de méloena, pas d'hématémèse.

A l'examen, l'on constate que la région épigastrique est énormément distendue, avec maximum à droite de la ligne médiane. La palpation révèle une masse rénitente, presque

fluctuante, non mobilisable pendant les mouvements respiratoires, mais paraissant faire corps avec le foie, si l'on en juge par la continuation de la matité. Léger épanchement ascitique dans les points déclives de l'abdomen. L'on note aussi un certain degré de circulation complémentaire abdominale. Pas d'ictère. Pas de signe de pleurésie symptomatique. Le malade présente une dyspnée intense, allant presque jusqu'à la suffocation, ce qui décide M. le professeur agrégé Bérard à une prompte intervention.

Le 11 juillet, on pratique une laparotomie exploratrice qui donne jour à une certaine quantité de liquide ascitique jaunâtre. L'incision, sous-ombilicale, conduit sur une masse violacée paraissant kystique par places et constituée par le lobe gauche du foie énormément distendu. L'incision de la glande, après protection du péritoine par des compresses stérilisées, donne issue à des masses encéphaloïdes diffluentes qui paraissent maintenues sous tension dans l'intérieur du lobe gauche. Après la complète extraction de ces masses néoplasiques, l'opérateur tamponne la cavité créée au moyen de gaze blanche qui fera drainage.

Le malade supporte assez bien l'opération, la respiration est plus facile, sa température baisse. Au bout de peu de jours, il se déclare soulagé, il n'a plus de dyspnée, il prend quelques aliments. Il s'affaiblit néanmoins, tous les signes de la cachexie se prononcent, et il succombe, le 25 juillet c'est-à-dire 15 jours après l'intervention.

Autopsie. — La décomposition avancée du cadavre gêne l'exploration méthodique des organes. On peut se rendre compte, toutefois, que la tumeur primitive s'est bien développée dans le foie, et qu'il n'y a de cancer ni dans l'estomac, ni dans l'intestin. La masse néoplasique hépatique était unique et énorme.

OBSERVATION XII

N° 3552 de la collection de M. le professeur Bard, citée in thèse de Rioufol. 1889. — Résumée.

Cancer aigu du foie, diagnostiqué hépatite interstitielle aigue, ayant évolué en cinq semaines.

Eugène J..., 34 ans, verrier. Entré à Saint-Pothin le 1er mars et mort le 9 mars.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, jamais de maladie antérieure. Alcoolisme avéré : trois ou quatre verres d'absinthe, deux petits verres, deux litres de vin par jour.

Erysipèle en janvier. En février, sont survenues des douleurs irradiées dans la jambe gauche, coïncidant avec une diminution de forces et d'appétit. Les douleurs se sont accentuées depuis et se sont étendues à la jambe droite.

A l'entrée. — Le malade accuse des douleurs sur tout le trajet du nerf sciatique, on les provoque par la compression de ce nerf. Ces douleurs apparaissent spontanément vers onze heures du soir pour se calmer le matin. Le signe de Lasègue est très net aux deux membres inférieurs, mais plus marqué à droite. Pas d'atrophie musculaire.

A l'auscultation du cœur : pas de bruit de soufle. Exagération de la vibration valvulaire à la pointe.

Au poumon, l'auscultation révèle de gros râles sibilants fugaces en arrière. La toux est peu marquée, elle aurait débuté il y a trois semaines ; pas d'expectoration notable.

Urines : pas d'albumine.

Le 4 mars. — Le malade affirme n'avoir présenté aucun trouble notable avant son érysipèle, si ce n'est quelques pituites le matin, et des diarrhées transitoires auxquelles il est assez sujet.

Actuellement, l'état général laisse à désirer : teinte subictérique des conjonctives, langue étalée, opaline. Les douleurs persistent dans les deux membres inférieurs, inégalement irradiées ; pas d'œdème.

L'abdomen est un peu saillant. La matité hépatique commence, en haut, à la cinquième côte, et mesure 26 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La région est dure ; la face convexe du foie paraît lisse et rénitente ; le bord inférieur est tranchant et dur. Le foie arrive, en dehors, jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, il se relève pour aller passer au-dessus de l'ombilic et remplir l'épigastre de son lobe gauche. Pas de matité sur la ligne médiane, ni dans les flancs. Toutefois, dans le décubitus latéral complet, on parvient à trouver un peu de matité dans les points déclives. Flot lombo-abdominal net, limité au-dessus du pubis.

Matité splénique très augmentée d'étendue.

Réseau veineux abdominal commençant à se dessiner. Pas d'hémorrhagie rectale ; épistaxis aujourd'hui seulement.

Toux légère, sans point de côté. Expectoration muco-gommeuse un peu teintée. A la base pulmonaire droite, matité très marquée, avec abolition des vibrations et ballottement. Pas de flot antéro-postérieur. L'auscultation révèle des râles fins inspiratoires et un peu d'expiration soufflante. Pas d'égophonie, ni de pectoriloqnie aphone.

Le 9 mars. — Le malade a succombé ce matin à 6 heures, sans délire, dans une grande faiblesse. Ces jours derniers l'ictère s'est un peu accentué sans devenir intense. Epistaxis répétées, mais peu abondantes. Hier, aucune miction ne s'étant produite, l'on a pratiqué le cathétérisme qui n'a donné issue qu'à 100 grammes d'urine environ. L'urine ne contenait ni sucre ni albumine, elle présentait une réaction très forte des pigments biliaires.

Autopsie le 20 mars. — L'abdomen contient une petite quantité de liquide hématique. Pas d'exsudat fibrineux.

Le foie est énorme (il pèse 5 kgr. 800) et remplit tout l'abdomen. Il ne présente que quelques adhérences en arrière.

Il est hypertrophié sans déformation. Sa surface est lisse, sans nodosités ni granulations. La coloration est rosée, tachetée de blanc. Sur les coupes, même aspect qu'à la surface, pas de sclérose ni de ramollissement. L'infiltration est absolument générale et uniforme.

Au niveau du hile, il existe de gros ganglions blancs et mous, n'exerçant aucune compression du voisinage.

La vésicule biliaire est petite, à parois épaissies et infiltrées par le néoplasme. La muqueuse est indemne.

La rate est augmentée de volume, elle pèse 325 grammes, elle ne présente pas de localisation secondaire.

Les reins et les capsules surrénales sont normaux.

L'estomac et l'intestin ne présentent rien de particulier, de même que les organes du petit bassin.

La plèvre droite recèle un petit épanchement séreux. Le poumon correspondant est atélectasié à sa base, il présente deux noyaux secondaires du volume d'un œuf de poule, de consistance dure et de teinte laiteuse.

Le poumon, la plèvre gauches ne présentent rien d'anormal.

Quelques ganglions nettement néoplasiques, peu volumineux, se trouvent à la bifurcation de la trachée. Rien à la thyroïde. Pas de ganglions cervicaux.

Le cadavre ne présente pas d'œdème et n'est pas œdémacié.

Examen histologique. — Au foie : infiltration continue de petites cellules rondes, pauvres en protoplasma, à noyaux bien colorés. Les vestiges de parenchyme hépatique sont en dégénérescence graisseuse.

A la vésicule biliaire : noyau néoplasique limité, probablement ganglionnaire. Petits ilots d'infiltration dans la paroi musculaire.

Au poumon : infiltration néoplasique envahissant les alvéoles sans détruire la charpente entièrement. Pneumonie catarrhale à la périphérie.

Le type très embryonnaire de ce cancer primitif du foie rappelle beaucoup l'aspect du cancer thyroïdien, mais sans substance colloïde.

CHAPITRE III

Étude clinique du cancer aigu à marche infectieuse

Nous avons exposé, dans le cours de notre premier chapitre, les plus récentes théories pathogéniques du cancer en général, et nous n'y reviendrons pas à propos du cancer aigu à marche infectieuse. Laissant de côté les conditions étiologiques du cancer qui nous occupe maintenant, nous en étudierons seulement l'évolution spéciale et la particulière symptomatologie. Cette étude clinique nous permettra de faire ressortir les nombreuses analogies qui existent entre le cancer aigu et les affections nettement infectieuses.

Le cancer aigu à marche infectieuse revêt des allures bien particulières et qui tiennent, à la rapidité de son évolution, aux phénomènes locaux et généraux qui l'accompagnent.

Durée. — Le cancer à marche infectieuse est toujours un cancer aigu. Il évolue en cinq ou six mois, parfois même en quelques semaines. Parmi les observations que nous avons recueillies, deux d'entre elles reproduisent des cas de cancer primitif du foie dont l'un (Obs. XI) avait évolué en six semaines, et l'autre (Obs. XII) en cinq seulement. Nous présentons aussi un cas de cancer thyroïdien (Obs. IV) ayant évolué en cinq semaines. Dans toutes les autres observations que nous avons réunies l'évolution complète s'est faite en moins de huit mois.

Marche clinique. — Mais la durée, toujours brève, de cette forme de cancer, n'est pas ce qu'il y a de plus caractéristique. Nous appellerons surtout l'attention sur la marche et les symptômes de l'affection elle-même.

C'est toujours avec fracas qu'évoluent ces cancers aigus. L'état général est rapidement et profondément affecté. Les signes locaux, toujours considérables cependant, sont relégués au second plan, pendant que la fièvre s'allume et oscille chaque jour, sans subir de rémission marquée, pendant que se produisent les localisations secondaires et que survient la cachexie, affirmant un pronostic fatal et à brève échéance.

Cette évolution rapide, avec de grands symptômes et un pronostic rapidement assombri, atteste une similitude clinique très prononcée entre le cancer aigu que nous étudions et les maladies infectieuses. L'étude de la symptomatologie fera ressortir davan-

tage encore cette similitude sur laquelle reposeront nos conclusions.

Symptomatologie. — Nous distinguerons les symptômes fonctionnels, les symptômes physiques et les symptômes généraux.

A. — Les *symptômes fonctionnels* ne présentent rien de bien particulier. Ils rappellent, en tous points, ceux que l'on relève dans le cancer vulgaire. Ils consistent surtout en des signes de compression, variables selon la localisation de la tumeur. C'est ainsi, par exemple, qu'une tumeur du corps thyroïde produira, quelle qu'en soit la malignité, les troubles fonctionnels que nous avons relevés dans notre quatrième observation : dyspnée, dysphonie, dysphagie. La compression des paquets vasculo-nerveux pourra produire, en tous points de l'organisme, des troubles circulatoires et d'innervation. Nous ne faisons que signaler ces troubles communs à toutes les tumeurs, malignes ou bénignes.

B. — Les *symptômes physiques* revêtent, dans la forme du cancer que nous étudions, une intensité toute particulière.

Les signes locaux du cancer aigu à marche infectieuse ont, en effet, jusqu'à un certain point, des caractères inflammatoires qui expliquent, après les avoir motivées, bien des erreurs de diagnostic. On retrouve, en effet, dans le cancer infectieux, les qua-

tre signes cardinaux de l'inflammation : tumeur, rougeur, chaleur et douleur.

La tuméfaction est plus ou moins considérable. Bien limitée au début, elle se diffuse lorsque le néoplasme s'infiltre lui-même dans les tissus voisins. L'œdème de la peau vient encore augmenter le volume de la tumeur.

Les téguments qui recouvrent la tumeur, présentent une rougeur inflammatoire qui est notée dans plusieurs de nos observations (Obs. II, III, IV, V, X). Souvent encore, ils sont œdémaciés et gardent l'empreinte du doigt. L'adhérence de la peau à la tumeur sous-jacente, est plus précoce dans le cancer aigu à marche infectieuse que dans le cancer latent. Dans ce dernier, d'ordinaire, la peau n'est envahie que tardivement, et ce n'est que lorsque le néoplasme menace de se faire jour au dehors, qu'elle s'amincit en prenant une teinte violacée qui n'est pas la rougeur inflammatoire.

La température locale est souvent appréciable à la simple palpation de la tumeur, lorsqu'il s'agit de cancer aigu. Appliqué au niveau de la tumeur, puis sur le point symétrique du côté sain, le thermomètre à cuvette plate accusait une différence de neuf dixièmes de degrés dans l'une de nos observations (Obs. VIII), et de plus de deux degrés dans une autre (Obs. IX). Il est regrettable que l'hyperthermie locale n'ait pas été notée dans toutes nos observations, mais tous les cliniciens l'ont constatée dans le cancer aigu.

La douleur est un phénomène si constant, dans la

forme de cancer que nous étudions, que nous nous bornerons à la signaler comme précoce. Dans le cancer vulgaire, elle n'apparaît qu'à la période cachectique généralement.

C. — Les *symptômes généraux* qui accompagnent d'ordinaire le cancer aigu sont surtout intéressants à étudier, et contribuent grandement à lui donner l'allure infectieuse. Parmi ces signes, nous signalerons la fièvre, les troubles de la nutrition et leur aboutissant qui est la cachexie.

a). La *fièvre* est à peu près constamment relevée dans nos observations, tantôt légère et purement vespérale (Obs. VIII), tantôt à type intermittent (Obs. I), tantôt enfin à type continu et à un degré élevé ne subissant que de faibles rémissions matinales (Obs IV, X).

Les adversaires de la théorie infectieuse du cancer expliquent cette fièvre par des infections secondaires. Nous ne discutons pas l'influence des infections secondaires du cancer sur la fièvre, mais nous avons prévu l'objection et nous n'avons considéré que des néoplasmes ayant évolué rapidement, sans s'être ulcérés et ne pouvant être suspectés d'infection secondaire.

Max Frendweler (1), se basant sur les matériaux de la clinique médicale de Zürich, a réuni en quelques années 475 cas de cancer diagnostiqués

(1) Frendweler. — *Deut. Arch. für Clin. Méd.*, t. LXIV.

avec certitude. Sur ce nombre, 30 °/₀ des malades présentaient de la fièvre et, chez plus de la moitié de ceux-ci, cette fièvre ne pouvait s'expliquer que par l'affection cancéreuse. Frendweler n'avait réuni que des cancers viscéraux ne s'accompagnant d'aucune complication. Pour lui, comme pour Fretel, la cause la plus prochaine de cette fièvre ne serait autre chose que la toxine cancéreuse.

Le type de la fièvre des cancéreux n'est pas univoque. Frendweler rappporte que, dans ses observations, la fièvre présentait un type continu dans 6 o/° des cas, des accès intermittents dans 14 o/°, et des accès isolés dans 38 o/° des cas. Ainsi donc, dans la majorité des cas de fièvre chez les cancéreux, il y avait une fièvre rémittente pouvant être comparée à celle qui accompagne la plupart des maladies infectieuses, et une fièvre intermittente pouvant faire penser aux accès de paludisme, autre maladie reconnue nettement infectieuse.

On pourra nous objecter qu'on a pu constater cette hyperthermie, que Verneuil a appelée « fièvre des néoplasmes », même avec des cancers vulgaires. Il est bien possible, répondrons-nous, que le cancer latent puisse s'accompagner de fièvre en dehors de toute infection secondaire, mais alors l'une des deux explications suivantes s'impose : ou bien la fièvre ne dépend en rien du cancer et relève d'une autre cause, ou bien elle a pour cause le cancer lui-même. Dans le premier cas l'objection n'a pas de portée. Dans la deuxième alternative le cancer suscite lui-même l'hyperthermie et il revêt au moins l'un des

caractères que nous considérons comme infectieux, ce qui rend plus probable encore l'hypothèse de la nature infectieuse du cancer.

b). — Les *troubles de la nutrition* sont précoces dans le cancer aigu à marche infectieuse. L'amaigrissement est le premier symptôme qui vienne manifester les perturbations des échanges interstitiels, sous l'influence de la néoplasie. Cet amaigrissement est rapide, bien que l'appétit soit conservé le plus souvent, et que les fonctions digestives ne soient pas notablement troublées. Dans l'une de nos observations (Obs. II) le malade avait perdu seize kilos en moins de cinq mois.

L'examen des urines donne parfois des renseignements du plus grand intérêt. La diminution de l'urée, dans les urines des 24 heures, annonce le début de la période cachectique.

c). — La *cachexie* se traduit par une série de troubles isolés ou concomitants : fièvre, amaigrissement, troubles de l'élimination urinaire, perte de forces et adynamie.

Les troubles fonctionnels, très accentués à cette période, varient avec la localisation du cancer. Parfois la mort survient avant que tous les signes de la cachexie aient eu le temps de se manifester.

L'on s'accorde pour admettre que la cachexie est une sorte d'auto-intoxication de l'économie. Mais l'on ne s'accorde plus quand on veut lui donner une cause : les partisans des théories cellulaires dans la pathogénie du cancer incriminent les produits excré-

mentitiels ou de sécrétion des cellules de la tumeur ; les partisans de la nature infectieuse du cancer attribuent cette auto-intoxication aux toxines sécrétées par les agents pathogènes eux-mêmes. La seconde de ces hypothèses aurait du moins le mérite de répondre à quelque chose de bien établi maintenant dans les maladies infectieuses : aux toxines microbiennes.

d). Aux grands symptômes généraux du cancer aigu à marche infectieuse, nous ajouterons, pour compléter la description, l'inévitable *généralisation néoplasique.*

Cette généralisation se fait surtout par la voie lymphatique, mais l'on sait maintenant qu'elle peut se faire aussi par la voie sanguine.

Le plus souvent, les localisations secondaires débutent par les ganglions tributaires de la région qui supporte le néoplasme. Quand il s'agit de cancer viscéral, l'adénopathie cancéreuse est souvent le premier signe de la néoplasie. Ce retentissement ganglionnaire est particulièrement précoce dans le cancer à marche infectieuse ; deux de nos observations en sont un exemple (Obs. V et VI).

Dans l'une de nos observations (Obs. VI) l'on put constater, à l'autopsie, que les veines iliaques et la veine-cave inférieure étaient remplies de bourgeons cancéreux. C'est là une preuve indiscutable de la généralisation par voie sanguine.

Plusieurs autres de nos observations relatent des noyaux secondaires dans les viscères : aux poumons (Obs. IV, X, XII), au foie (Obs. IV) ; la courte durée

du cancer implique, dans ces cas, une généralisation rapide.

Souvent l'extension du cancer infectieux se fait de proche en proche, et cela lui donne bien un air de famille avec les affections infectieuses, avec les localisations tuberculeuses par exemple. Ce mode d'extension du néoplasme est nettement signalé dans deux de nos observations (Obs. IX et X).

e). Il n'est pas jusqu'à l'examen du sang et des épanchements hémorrhagiques qui ne vienne apporter un argument de plus en faveur de la nature infectieuse du cancer.

Depuis longtemps déjà, M. le professeur Hayem a signalé que le cancer provoquait une anémie intense se traduisant, à l'examen hématologique, par une diminution des globules rouges et de l'hémoglobine. N'en est-il pas de même dans l'impaludisme, dans le rhumatisme articulaire qui sont des affections infectieuses ?

M. le professeur Bard a récemment démontré qu'il y avait dans les pleurésies d'origine cancéreuse une hémolyse marquée, se traduisant par le laquage du sérum. Plus récemment encore, M. Milian a confirmé le même fait dans un cas de sarcome pleuro-pulmonaire vérifié à l'autopsie. Mais ce qu'il est très important de noter, c'est que ce dernier expérimentateur a constaté une hémolyse très nette, dans une pleurésie d'origine gangréneuse, où pullulaient de nombreux agents infectieux. Là encore, nous relevons une analogie entre cancer et infection.

Enfin, la cytologie, cette récente et précieuse découverte de la médecine expérimentale, veut aussi intervenir dans le débat, en faveur du cancer infectieux. MM. Vidal et Ravaut ont montré que les polynucléaires neutrophiles, contribuaient à la formule cytologique des pleurésies streptococciennes ou pneumococciennes, et des pleurésies secondaires des tuberculeux. Nous savons d'autre part que les polynucléaires apparaissent souvent dans les épanchements cancéreux: c'est une analogie de plus.

*
* *

Il nous semble, qu'après cette description, l'allure infectieuse du cancer soit nettement établie. L'analogie clinique, sur laquelle nous avons insisté, a été consacrée, nous allons le voir maintenant, par de nombreuses erreurs de diagnostic.

Nous avons présenté deux observations de cancer aigu de la parotide qui purent en imposer l'une (Obs. I) pour une parotidite tuberculeuse, et l'autre (Obs. II) pour un adéno-phlegmon de la loge parotidienne. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme dont les antécédents familiaux étaient nettement tuberculeux, mais qui ne présentait elle-même aucune localisation pulmonaire ou autre. L'hypothèse de parotidite tuberculeuse était d'autant plus admissible que le début avait été marqué par des accès fébriles intermittents, sans paludisme probable. La tuméfaction avait progressé rapidement, s'accompagnant de troubles fonctionnels et de dou-

leurs irradiées, que ne provoque pas, d'une façon aussi précoce d'ordinaire, le néoplasme. La peau recouvrant la tumeur était œdémaciée au point de garder l'empreinte du doigt.

L'adénopathie, signalée comme constante dans le cancer parotidien n'existait pas. Le diagnostic différentiel ne laissait pas d'être délicat. Notre condisciple Faure-Darmet (1), dans une thèse encore récente et inspirée par M. le professeur Poncet, a signalé les difficultés de ce diagnostic et il cite trois cas de parotidite tuberculeuse où l'on avait fait le diagnostic de cancer.

Dans notre seconde observation, la tumeur semble n'avoir eu d'allure inflammatoire qu'au début, mais assez toutefois pour que le médecin consulté, pensant à une affection inflammatoire, se décidât à pratiquer l'incision et à établir le drainage. Ajoutons que, pour justifier davantage encore sa ressemblance avec un phlegmon, la tuméfaction laissa échapper une notable quantité de pus fétide, et qu'une amélioration momentanée s'en suivit.

Le cancer du corps thyroïde est le plus souvent aigu d'après Carrel-Billard (2) et, plus que partout ailleurs peut-être, le néoplasme peut ici en imposer pour une lésion inflammatoire. Nous rappellerons à ce propos l'erreur, devenue presque historique, de Billroth, ayant appelé thyroïdite ce que Wolfler reconnut à l'examen histologique pour un goître

(1) Faure-Darmet. — Thèse de Lyon 1900.
(2) Carrel-Billard. — Thèse de Lyon, 1900.

cancéreux. L'observation que nous reproduisons (Obs IV) et qui a eu déjà plusieurs fois les honneurs de la publicité, est un exemple typique de cancer infectieux. Il s'agissait d'une tumeur ayant toutes les apparences d'une thyroïdite aiguë. Nous passerons sous silence les troubles fonctionnels que provoquait la tumeur, pour ne nous occuper que des signes locaux et généraux. La peau qui recouvrait la tnmeur était chaude, rouge, et un peu œdémaciée. L'état général paraissait bien conservé, il y avait cependant de l'hyperthermie, la température rectale montant le soir à 39°. L'application de sangsues prouve que l'on ne visait qu'une affection purement inflammatoire. Et ce ne fut qu'en pratiquant la trachéotomie, nécessitée par une dyspnée effrayante, que l'on découvrit une masse cancéreuse ramollie. Quelques jours plus tard, le malade succombait dans la cachexie, et l'autopsie permettait de découvrir des noyaux métastatiques aux poumons et au foie.

Nous retrouvons cette analogie clinique du cancer aigu et de la thyroïdite, très bien étudiée dans l'excellente thèse d'Orcel (1) et dans celle, non moins remarquable, de Carrel-Billard, toutes deux inspirées par M. le professeur Poncet.

Carrel-Billard démontre : que le cancer aigu du corps thyroïde peut, comme les thyroïdites aiguës, se développer sur un goître ancien ; que l'aspect et la consistance du cou, dans les deux cas, sont

(1) Orcel. — Thèse de Lyon, 1889.

presque identiques, et que la fièvre se montre dans les deux affections. Seuls, les troubles tardifs de l'état général et l'apparition de la cachexie, semblent pouvoir servir de base au diagnostic. Parfois, celui-ci ne se fait qu'en cours d'opération sinon, à la nécropsie. L'on peut donc conclure qu'il y a idendité clinique presque absolue et que, sans le contrôle de l'anatomie pathologique, le goître cancéreux pourrait être totalement confondu avec les thyroïdites et passer pour une affection purement inflammatoire.

Au sein, le cancer aigu emprunte très souvent la marche d'une mastite infectieuse. Dans l'observation que nous reproduisons (Obs. VIII) la peau qui recouvrait la tumeur était rouge, chaude, œdématiée dans de larges limites. Cela peut expliquer comment une mastite carcinomateuse a pu être prise pour une mastite infectieuse. Tout récemment encore le Dr Phocas, de Lille, rapportait un cas de ce genre. Il s'agissait d'une malade présentant tous les signes d'une matiste inflammatoire. On l'opéra à cause des douleurs. L'apparence clinique et l'examen histologique lui-même étaient tellement en faveur du diagnostic de mastite, que l'ablation des ganglions ne fut pas jugée nécessaire. Au bout de six mois il y avait récidive sur place, et l'examen microscopique démontrait la nature épithéliale des ganglions récidives. La mastite carcinomateuse peut donc, comme tout autre cancer aigu, revêtir des allures de maladie infectieuse.

Les tumeurs malignes du testicule sont, jusqu'à

un certain point, comparables aux localisations tuberculeuses ou syphilitiques. D'ordinaire, cependant, l'examen local permet le diagnostic. Dans l'une de nos observations (Obs. VI), où il s'agissait cependant d'un chondro-sarcome, nous avons relevé, sur une tumeur piriforme et indolente, des points de consistance variable pouvant faire penser à une vaginalite chronique. L'on sait, en effet, que les chondrosarcomes du testicule sont d'ordinaire douloureux à la pression et présentent une consistance ligneuse. Le diagnostic de tumenr maligne ne s'est imposé que par l'envahissement précoce et généralisé des ganglions. Tout à fait au début, l'on aurait pu penser au testicule tuberculeux, le malade ayant eu des hémoptysies et son sommet pulmonaire gauche se trouvant en plein ramollissement. Mais la tuberculose se serait localisée de préférence sur l'épididyme, elle n'aurait pas tardé à envahir la prostate et les vésicules séminales, et la tumeur aurait évolué vers la suppuration.

Le cancer osseux peut en imposer parfois pour une ostéite infectieuse. L'une de nos observations en offre un exemple (Obs. VII). L'affection avait évalué en cinq mois, s'accompagnant à peine de quelques phénomènes douloureux. Une collection liquide, perceptible au palper pouvait faire croire à un abcès par congestion. Bien que la malade n'eût aucune localisation tuberculeuse, il était plus vraisemblable d'admettre une ostéite qu'un néoplasme. Le diagnostic ne fut possible qu'au moment même de l'intervention : l'ouverture de la collection donnant issue à du

sang et non point à du pus tuberculeux. Dans une autre de nos observations (Obs. VIII), un cancer de l'épiphyse supérieure de l'humérus avait revêtu des allures inflammatoires au point d'égarer, tout au début il est vrai, deux fois le diagnostic. L'on pensa d'abord à une localisation rhumatismale de l'épaule.

Quelques semaines après, l'affection en imposait pour une tumeur blanche. Bien des fois, au dire de Reclus des néoplasmes épiphysaires, douloureux et à marche rapide, ont été confondus avec des accidents inflammatoires des articulations adjacentes. Le siège précis du gonflement qui empiète surtout sur l'os, quand il s'agit de sarcome, l'absence de douleurs dans les mouvements provoqués et la possibilité de ces mouvements, le défaut de collection purulente et de fistule, l'issue de sang qu'amène une ponction exploratrice, sont les signes qui militent en faveur du néoplasme. L'examen histologique d'un fragment de tumeur et l'envahissement ganglionnaire lèveront tous les doutes. Mais il n'en est pas moins démontré que l'ostéo-sarcome, ne manque pas de points communs avec les affections les plus nettement infectieuses. — Une autre de nos observations (obs. IX) d'ostéo-sarcome, relatant des douleurs vives, une tuméfaction du membre, un œdème cutané très étendu, une notable hyperthermie locale, pouvait bien faire penser un moment à une ostéo-myélite. L'état général postulait dans ce sens : subdélire, fièvre, adynamie, mais l'absence de suppuration et la rapide cachexie devaient affirmer le diagnostic de cancer.

Le sarcome musculaire dont nous avons pu présenter une observation (Obs. X), peut aussi revêtir des allures inflammatoires. Dans les cas que nous avons rapporté, le tracé thermique s'était maintenu entre 39° et 40°, tous les autres phénomènes généraux s'étaient rapidement accusés et les signes locaux eux-mêmes, avaient pris une rare importance.

Le cancer du foie revêt d'ordinaire une malignité excessive, notre condisciple et ami Rioufol l'a nettement démontré dans sa thèse. Dans les deux observations que nous avons reproduites, l'évolution totale du néoplasme s'est faite en six semaines dans un cas (Obs. XI), et en cinq semaines dans l'autre (Obs.XII) Rioufol rapporte un cas d'Andral, où le cancer aurait duré trois semaines, et un cas d'Aussourd, ou l'évolution se serait faite en quinze jours. Dans les deux observations de cancer aigu que nous présentons, l'on relève des troubles digestifs, une teinte subictérique notable, un amaigrissement rapide, une température toujours au-dessus de la normale sans être excessive cependant. Avec de tels symptômes, le praticien est en droit de penser à une infection légère, à un embarras gastrique ou à une hépatite interstitielle aiguë. Mais, brusquement les choses paraissent changer, et ce qui frappe l'attention c'est le foie qui grossit pour ainsi dire sous la main. En quelques jours son volume double, et cette hypertrophie provoque des troubles circulatoires et des douleurs. Puis, à bref délai, surviennent le délire, la stupeur, phénomènes précurseurs de la mort. L'autopsie et

l'examen histologique attestent la réalité d'un cancer primitif et sont nécessaires pour chasser de l'esprit du praticien l'idée de maladie infectieuse.

*
* *

Nous venons de passer en revue, une série d'observations de cancer aigu, dont les allures infectieuses avaient fait hésiter le diagnostic, quand elles ne l'avaient pas faussé. D'autre part, la symptomatologie du cancer à marche rapide nous a paru se rapprocher beaucoup de celle des maladies infectieuses, tant par ses signes locaux que par ses signes généraux. Il n'est pas, jusqu'à l'examen hématologique et la cytologie, qui n'aient établi une analogie de plus entre cancer et infection.

Il nous semble donc rationnel, en nous tenant absolument sur le terrain clinique, de reconnaître un caractère infectieux au cancer aigu et de l'assimiler aux affections infectieuses. La médecine expérimentale et la parasitologie pourront seules, par la découverte de l'agent pathogène, prouver la nature infectieuse du cancer que la clinique a pressentie.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer est susceptible de revêtir une forme clinique et de suivre une marche capables d'en imposer pour une maladie infectieuse.

II. — Quel que soit l'organe sur lequel il siège (parotide, corps tyroïde, sein, testicule, etc.), il peut s'accompagner d'œdème, de rougeur, de température locale et générale. Il peut s'accompagner, en un mot, de symptômes qui simulent une infection de l'organe et rendent le diagnostic particulièrement difficile.

III. — En rassemblant un certain nombre de ces faits nous n'avons pas l'intention de chercher à constituer, sous le nom du *cancer aigu à marche infec-*

tieuse, un groupe nosologique nouveau. Nous avons seulement l'espoir d'apporter, sur la nature des cancers, un argument tiré de la seule clinique, en attendant que la bactériologie nous fasse connaître l'agent causal.

BIBLIOGRAPHIE

BARD. — Pathogénie du Cancer. *Presse Médicale*, 1901.

BERTRAND. — Cancer aigu du corps thyroïde. Thèse de Lyon, 1894.

CARREL-BILLARD.— Du goitre cancéreux. Thèse de Lyon, 1900.

FABRE-DOMERGUE. — Cancers épithéliaux. Paris, 1898.

FAURE-DARMET. — Tuberculose de la glande parotide. Thèse de Lyon, 1900.

FRETEL. — La fièvre dans le cancer. *Klin. Therap. Wochensch.*, 1882. — *Lyon Médical*, 1900.

FRENDWELER. — Fièvre et cancer. *Deut. Archiv. fur Clin. Med.*, t. LXIV. — *Lyon Médical*, 1900.

MILIAN. — Tumeurs et cythémolyse. *Presse Médicale*, 1901.

ORCEL. — Cancer du corps thyroïde. Thèse de Lyon, 1889.

PHOCAS. — Rapports de l'inflammation et des tumeurs du sein. *Presse Médicale*, 1901.

RIOUFOL. — Du cancer aigu du foie. Thèse de Lyon, 1899.

Imp. P. LEGENDRE et Cie, rue Bellecordière, 14, Lyon.